

ПСИХИКА И МОЗГ

ПОВЫШЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИАГНОЗА СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Алексеев Ю.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Легкие черепно-мозговые повреждения (ЧМТ) доминируют в общей статистике травматических поражений головного мозга и при этом решение диагностических и экспертных вопросов бывает часто затруднено. Это объясняется особенностями патогенеза, спецификой и вариабельностью основных симптомов сотрясения головного мозга (СГМ) и ушибов мозга легкой степени [1]. Достоверность диагноза легкой ЧМТ, помимо срочной нейровизуализации, в значительной степени определяется возможностями выявления и оценки событий острейшего периода травмы, интерпретации преимущественно субъективных симптомов. При этом результаты инструментального обследования, включая рентгеновскую компьютерную томографию, позволяют лишь исключить более тяжелые варианты поражения головного мозга, но не достаточны для подтверждения СГМ. Распространенными ошибками или трудностями диагностики легких ЧМТ является недооценка важности своевременного выявления, документирования и правильной интерпретации всех обстоятельств, жалоб и симптомов острейшего периода ЧМТ [2]. Сравнительно немногочисленные исследования, посвященные обоснованию современных стандартов ведения данной категории пациентов с позиций доказательной медицины [3].

Целью настоящего исследования было изучение особенностей структуры основных клинических проявлений СГМ и выявление факторов, затрудняющих достоверную начальную диагностику, а также обстоятельств, которые существенно влияют на выбор схемы ведения данной категории пострадавших.

Материал и методы. Были обследованы 184 пациентов с диагнозом СГМ, проходивших обследование и лечение в нейрохирургическом отделении областной клинической больницы. Все пострадавшие были в возрасте 16-36 лет с достоверным анамнезом травмы, без серьезной сопутствующей неврологической или соматической патологии. Травма случилась на фоне легкого или умеренного алкогольного опьянения у 61 пациента. Диагноз устанавливался после стандартного клинико-инструментального обследования на основании действующих рекомендаций [1, 3].

Результаты и обсуждение. Рекомендации по обследованию таких пострадавших обычно ориентированы в первую очередь на исключение более тяжелых форм травматического поражения головного мозга, особенно

требующих хирургического лечения, разграничение СГМ и ушибов мозга легкой степени, а также изолированных ушибов мягких тканей головы без вовлечения головного мозга [3]. Изучение различных серий клинических наблюдений позволил выявить и систематизировать наиболее значимые факторы надежности диагноза СГМ.

Применение специально разработанного диагностического алгоритма, который базируется на наличии важнейших сведений, временной шкале и учете характерных симптомов СГМ позволило отнести 62% пострадавших к категории пациентов с «достоверным» диагнозом СГМ, а 25% пациентов - к категории с «вероятным» диагнозом. У 13% пострадавших, при отсутствии некоторых необходимых дополнительных сведений, на начальном этапе ведения диагноз СГМ мог быть расценен как «возможный» или даже «сомнительный». Каков же усредненный «портрет» пациента с достоверным диагнозом СГМ?

Достоверность диагноза СГМ обычно не вызывает сомнений при известном времени и обстоятельствах травмы, данных о характерном механизме повреждения и возникших вслед за этим непродолжительных нарушениях сознания и памяти, развитии типичных симптомов (головная боль, тошнота, рвота), возможности первичного обследования пациента, включая оценку нарушений сознания в пределах получаса – одного-двух часов с момента происшествия, наличия повреждений мягких тканей головы, исключения внутричерепного кровоизлияния и структурных поражений головного мозга с помощью компьютерной томографии. Дополнительным аргументом в пользу диагноза СГМ является существенное улучшение самочувствия пациентов в пределах нескольких дней – полутора-двух недель. В таких случаях, несмотря на субъективный характер жалоб и большой вес сугубо анамнестических данных, диагноз СГМ представляется достаточно обоснованным, хотя и не бесспорным.

Однако даже при идеальных условиях организации и доступности всех опций неотложной и специализированной помощи для данной категории пострадавших, такая степень обоснования диагноза СГМ по нашим данным возможна чуть более, чем в 60% случаев. Причем наиболее критическими факторами в этом случае является отсроченное по разным мотивам обращение пациентов за медицинской помощью и возможность раннего выполнения компьютерной томографии.

Таким образом, применение современных стандартов обследования пациентов с легкой ЧМТ и обоснование диагноза с учетом надежных диагностических критериев в различных условиях возможно у значительной, но лишь части пострадавших. У остальных пациентов удастся скорее исключить более серьезные повреждения мозга, чем с той или иной степенью надежности подтвердить диагноз СГМ. И если общие стандарты ведения пострадавших с легкой ЧМТ позволяют гарантировать благоприятные исходы у всех категорий пациентов с легкой ЧМТ, то решение экспертных вопросов требует индивидуального подхода. В этом отношении, особенно в

условиях позднего обращения пострадавших, вероятно, необходим более осторожный подход с возможностью констатации отдельных синдромов и коррекции имеющихся болевых, вегетативных, эмоциональных или когнитивных нарушений. Необходимо продолжение систематического обсуждения со специалистами общей медицинской практики наиболее значимых вопросов современного практически применимого алгоритма распознавания травматических поражений головного мозга и стандартов ведения легкой ЧМТ.

Выводы.

Различия в надежности диагноза СГМ с учетом действующих критериев и стандартной схемы обследования пациентов требуют уточнения протокола ведения пострадавших с учетом времени обращения за медицинской помощью.

Литература:

1. Алексеенко, Ю. В. Легкая черепно-мозговая травма / Ю. В. Алексеенко. – Витебск : ВГМУ, 2001. – 155 с.
2. Management of Mild Traumatic Brain Injury at the Emergency Department and Hospital Admission in Europe: A Survey of 71 Neurotrauma Centers Participating in the CENTER-TBI Study / K. A. Foks [et al.] // Journal of Neurotrauma. – 2017. – Vol. 34, № 17. – P. 2529–2535.
3. Mild traumatic brain injury: EFNS guidelines on mild traumatic brain injury / P. E. Vos [et al.] // European Journal of Neurology. – 2012. – Vol. 19, № 2. – P. 191–198.

«НЕМЫЕ» СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ

Белявский Н.Н., Солкин А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Принципиальное значение для лечения пациентов с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) и профилактики возможных последующих эпизодов острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) имеет установление и адекватная коррекция патогенетических механизмов, лежащих в основе данной патологии [3, 4]. Литературные данные свидетельствуют о значительной распространенности «немых» сосудистых поражений головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста, а также о их тесной взаимосвязи с риском развития ОНМК. В настоящее время к «немым» сосудистым поражениям головного мозга относят «немые» инфаркты, поражения белого вещества (лейкоареоз,